

ART: EXPERIENCIA ART SA (QBE ART)

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Siniestro: 956962

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: GAGLIO, LUIS JAVIER

CUIL: 20-36256993-2

Fecha de Nacimiento: 25/02/1991

Sexo: Hombre

Domicilio: IGNACIO RIVAS 790

Localidad: NEUQUEN

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Tel.Fijo: 156123075

Tel.Móvil:

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: GRUPO OAS

CUIT: 30-70858254-5

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: POLAR - MEDICINA LABORAL

CUIT: 30-54617357-3

Domicilio: TUCUMAN 96

Localidad: NEUQUEN

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Teléfono: (0299) 4474159

Fax:

Mail: administracionpolar@policliniconeuquen.com.ar

R.G.A.: 417330

Fecha R.G.A.: 20/09/2016

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒

Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha: 20/09/2016 Hora: 09:00

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 20/09/2016 Hora:

Fecha de primera atención médica:

Fecha: 20/09/2016 Hora: 12:20

Descripción del motivo de consulta:

20/9 a las 9 hs estaba con barreta haciendo esfuerzo y sintió fuerte dolor en muñeca derecha (habil). Puesto: bacheo.

Antigüedad: 6 años. Edad: 25 años

Diagnóstico:

Tendinitis muñeca derecha (habil)

Indicaciones / Tratamiento:

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 21/09/2016 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 30/09/2016 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 29/09/2016 Hora:

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica: ☒

Rechazo: ☐

Muerte: ☐

Fin de tratamiento: ☐

Por derivación: ☐

Tipo de derivación:

Afección inculpable: SI ☐ NO ☐

Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

ALTA MÉDICA: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con el alta médica otorgada, usted puede presentarse dentro de los 5 (cinco) días hábiles ante la Comisión Médica más cercana a su domicilio o correspondiente a su jurisdicción, concurriendo personalmente a fin de someterse a evaluación médica. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART están al dorso de este formulario.

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☒

Fin de tratamiento: Fecha: 29/09/2016 Hora:

Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

FIN DE TRATAMIENTO: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con esta decisión, usted puede concurrir a la Comisión Médica más cercana a su domicilio o correspondiente a su jurisdicción. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART están al dorso de este formulario.

En caso de existir secuelas incapacitantes resultantes del siniestro, la A.R.T./E.A. le informará dentro de los próximos 20 (veinte) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula